

aigu, le premier médicament auquel il faut avoir recours est le nitrate d'argent. On l'applique au moyen du pinceau (en solution à 2 p. 100) ou en instillations (en solution à 1/4-1/2 p. 100). On ne s'en sert que dans le cas où le catarrhe est accompagné d'une abondante sécrétion et de ramollissement de la conjonctive. Il n'est pas rare, en effet, que, dans le cours d'un catarrhe chronique, il se manifeste des poussées de catarrhe aigu. On se sert encore du nitrate d'argent quand la conjonctive est hypertrophiée.

En dehors de ces cas, on s'adresse à des collyres astringents, que le malade peut s'instiller lui-même. Les plus employés sont le collyre astringent jaune (1) et le laudanum de Sydenham. Ces deux médicaments ne se prescrivent habituellement pas purs, mais additionnés d'une fois leur volume d'eau; il y a encore le sulfate de cuivre ou la pierre divine et le sulfate de zinc, tous les deux en solution de 1/2-1 p. 100; enfin, le tannin, l'acide borique et autres astringents.

L'ordre dans lequel ces collyres sont cités ici indique à peu près la gradation descendante depuis le plus fort jusqu'au plus faible. On les instillera une ou deux fois le jour, mais jamais le soir. J'en ai cité un si grand nombre parce qu'il est bon d'en avoir un bon choix à sa disposition, pour pouvoir en changer pendant la longue durée du catarrhe. Tout médicament, en effet, employé pendant longtemps perd de son activité, parce que la conjonctive s'y habitue. Contre l'agglutination des paupières, ainsi que contre toute espèce d'excoriations, on se sert de la pommade au précipité blanc (1/2-1 p. 100) en onction le soir, avant le coucher, sur les paupières fermées.

c) Conjonctivite folliculaire.

§ 10. — Le catarrhe folliculaire est caractérisé par la présence des follicules. Ce sont de petites granulations (de la grosseur d'une tête d'épingle) rondes, qui se trouvent dans le cul-de-sac conjonctival. Elles ont un aspect pâle et translucide et soulèvent la conjonctive sous forme de

(1) Ce collyre, appelé aussi collyre d'Horst, n'est plus officinal aujourd'hui dans la plupart des pays; il rend cependant des services signalés dans un grand nombre de cas où il ne peut être remplacé par aucun autre. D'après la nouvelle édition de la pharmacopée autrichienne, on doit le préparer de la manière suivante: « Ammonii chlorati 0,5, zinci sulfurici 1,25, solve in aquæ distillatæ 200,0, adde camphoræ 0,4, solutæ in spirit. vini dil. 20,0, adde croci 0,1. Digere per 24 horas sæpius agitando, filtra. » Le collyre de Romershausen, que l'on emploie fréquemment aussi dans le catarrhe chronique, se compose d'un mélange de teinture de fenouil et d'eau de fenouil. On emploie parfois l'alun sous forme solide; on en taille un cristal en forme de crayon et on en frotte la conjonctive. Enfin on projette également la *gallicine* en poudre fine sur la conjonctive à l'aide d'un pinceau.

petites élevures. Quelquefois elles sont isolées, d'autres fois elles sont nombreuses et habituellement rangées en file — comme les grains d'un chaquet. L'examen microscopique nous apprend que les follicules, aussi bien que ce que l'on appelle les granulations trachomateuses, sont constitués par une accumulation circonscrite de tissu adénoïde (fig. 31, T).

Les follicules s'observent le plus souvent chez les individus jeunes et peuvent accompagner aussi bien le catarrhe aigu que le catarrhe chronique. Ils ont de l'importance, en ce sens que leur présence présage une longue durée de l'affection. Dans les cas chroniques, les follicules restent pendant des années dans la conjonctive. — Finalement ils disparaissent sans laisser de traces. Malgré sa durée donc, cette affection a un pronostic favorable, puisqu'elle guérit sans laisser de traces. C'est par ce caractère que le catarrhe folliculaire se distingue du trachome, qui lui ressemble en apparence beaucoup, mais qui entraîne toujours des altérations permanentes de la conjonctive.

Le catarrhe folliculaire se rencontre tout particulièrement dans les écoles, les pensionnats, etc., où souvent un grand nombre d'enfants sont atteints à la fois.

Chez beaucoup d'entre eux, l'affection existe sous une forme latente; malgré la présence d'un nombre considérable de follicules, la conjonctive reste pâle et n'est le siège d'aucune espèce de gêne, au point que la maladie n'est reconnue qu'à l'occasion d'un examen médical. — Après l'instillation prolongée d'atropine, il survient parfois un catarrhe avec follicules particulièrement nombreux (catarrhe atropinique, voir § 15 et § 64).

Le traitement est le même que celui qu'on a l'habitude d'employer en général contre le catarrhe conjonctival. Il a pour effet de dissiper les phénomènes inflammatoires du côté de la conjonctive et la gêne qui en résulte; mais, malgré le traitement, les follicules persistent d'ordinaire opiniâtement. Pour les faire disparaître à leur tour, le mieux est d'introduire dans le cul-de-sac une pommade à l'acétate de plomb (0,1-0,2 grammes sur 5 grammes d'excipient). Mais il ne faut pas oublier que la présence d'ulcères cornéens constitue une contre-indication formelle de l'emploi d'une pommade plombique. Pour les cas où les follicules ne produisent aucune gêne, mieux vaut s'abstenir de tout traitement. Comme en général pour tout catarrhe, on conseille ici tout spécialement le séjour dans un air frais et pur.

II. — CONJONCTIVITE BLENNORRAGIQUE AIGUË

§ 11. — La blennorrhée aiguë (1) est une inflammation aiguë de la con-

(1) βλέννα, mucus; βέω, je coule.

jonctive résultant d'une infection produite par le virus gonorrhéique, et dont la sécrétion abondante et purulente est également infectieuse.

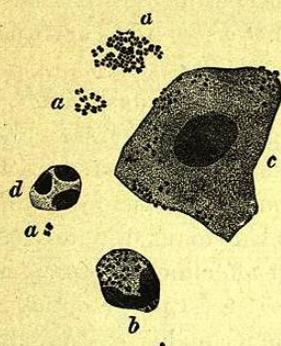


FIG. 28. — Sécrétion de la blennorrhée aiguë avec des gonocoques.

Les agents vecteurs de la matière infectieuse sont des microorganismes, les gonocoques découverts par Neisser. Ils portent ce nom, parce qu'on les rencontre aussi dans la sécrétion de la gonorrhée. On trouve les gonocoques aussi bien dans le pus sécrété par cette membrane, que dans les couches superficielles de la conjonctive. On les rencontre le plus souvent disposés deux à deux, comme des diplocoques, et, en règle générale, réunis en colonies. La figure 28 représente une préparation de la sécrétion d'une blennorrhée aiguë. On y voit les groupes de gonocoques, tantôt libres *a*, tantôt sur ou dans les cellules qui sont soit des corpuscules du pus *b*, soit des cellules épithéliales desquamées *c*.

La blennorrhée aiguë atteint aussi bien les adultes que les enfants nouveau-nés — blennorragie des adultes et blennorragie des nouveau-nés.

a) Blennorrhée aiguë des adultes (conjonctivite gonorrhéique)

SYMPTOMES ET MARCHÉ. — Lorsque l'infection a eu lieu, la maladie éclate après une certaine période d'incubation, dont la durée varie depuis quelques heures jusqu'à trois jours, suivant l'intensité de l'infection. Les paupières deviennent rouges, brûlantes et fortement œdématisées, le plus souvent à tel point que le patient est incapable de les ouvrir et que le médecin lui-même éprouve parfois des difficultés à les écarter suffisamment pour examiner la cornée. La conjonctive des paupières et du cul-de-sac est fortement injectée et gonflée. La tuméfaction est produite par une abondante infiltration cellulaire de la conjonctive, de façon que celle-ci est turgescente et offre une apparence granuleuse bosselée. En ceci, la blennorrhée aiguë se distingue du catarrhe, dans lequel, même si l'affection est violente, la tuméfaction est plutôt de nature séreuse et la conjonctive ramollie et à surface lisse. La conjonctive bulbaire est également tendue par un gonflement, qui cesse brusquement au bord de la cornée, de façon à représenter une espèce de rempart élevé autour de cet organe — chémosis. La sécrétion produite par la conjonctive a l'apparence de la sérosité sanguine, c'est-à-dire d'un sérum rougi par l'addition d'un peu

de sang, dans lequel nagent quelques flocons isolés de pus. L'œil est extraordinairement sensible au toucher, le ganglion lymphatique préauriculaire est tuméfié, et le malade est un peu févreux.

Il faut habituellement deux ou trois jours avant que l'affection atteigne le degré qui vient d'être décrit ; elle reste alors dans cet état pendant deux ou trois jours. On désigne cette période sous le nom de premier stade, ou stade d'*infiltration*. A ce premier stade en succède un second, celui de la *pyorrhée*. Alors les paupières se dégonflent graduellement, ce que l'on reconnaît surtout à ce qu'elles se rident de nouveau, et la tuméfaction de la conjonctive cède peu à peu. En même temps, on voit s'établir une sécrétion purulente très abondante, qui découle sans cesse entre les paupières — de là le nom de *pyorrhée*, écoulement de pus. — Plus tard, la conjonctive aussi se dégonfle de plus en plus et, dans un grand nombre de cas, revient graduellement à son état normal au bout de quatre à six semaines. Cependant, le plus souvent, il persiste un état inflammatoire chronique, qui constitue le troisième stade de la maladie et que l'on désigne sous le nom de stade de la *blennorrhée chronique*. Dans cette période, les paupières ne sont plus tuméfiées. La conjonctive est rouge et épaissie, surtout sur le tarse où la surface en paraît inégale, granuleuse et veloutée. La conjonctive du cul-de-sac forme un bourrelet turgescent ; la partie qui subit le moins d'altérations est la conjonctive bulbaire, qui est simplement hyperémiée. Après la disparition de cette hypertrophie de la conjonctive, laquelle prend des mois, on voit habituellement persister dans la conjonctive de fines cicatrices indélébiles.

La description qu'on vient de lire correspond aux cas d'une intensité moyenne ; ce sont ceux qui se présentent le plus fréquemment. Outre ces cas, on en rencontre d'autres qui sont tantôt plus bénins, tantôt plus graves, et qui s'écartent quelque peu de la marche des premiers. Dans les cas légers, que l'on a l'habitude d'appeler *blennorrhée subaiguë*, tous les phénomènes inflammatoires sont plus bénins, et les altérations intéressent spécialement la conjonctive des paupières. A la simple inspection, les cas de cette espèce se distinguent souvent difficilement de certains catarrhes intenses. Alors le diagnostic peut s'établir avec certitude par l'examen microscopique de la sécrétion ; en effet, on s'assure ainsi si elle contient ou non des gonocoques.

Dans les cas les plus graves, l'infiltration de la conjonctive est si intense qu'à certains endroits elle ne paraît pas rouge, mais gris jaune. Cet aspect dépend de ce que, comme dans la diphtérie de la conjonctive, les vaisseaux sont comprimés par l'abondance de l'exsudat et qu'ainsi la conjonctive devient exsangue. Tout autour de la cornée, la conjonctive forme un bourrelet fortement tendu, d'un rouge grisâtre. Alors la surface

de la conjonctive se trouve aussi très souvent recouverte d'un exsudat coagulé (membrane croupale).

La complication la plus redoutable de la blennorrhée aiguë est la propagation de l'affection à la cornée, qui, dans beaucoup de cas, est la source d'une cécité incurable. Tout d'abord, la cornée devient superficiellement mate et se couvre d'un trouble diffus léger. Puis, l'on observe des infiltrations circonscrites de teinte grise, qui passent bientôt au jaune et dégèrent en ulcères. Ces infiltrations peuvent siéger sur le bord de la cornée et en amener promptement la perforation. C'est là, d'ailleurs, une terminaison relativement favorable, en ce sens que, après la perforation, l'infiltration purulente de la cornée s'arrête souvent et que, de cette façon, une partie de la cornée peut être conservée. Mais il peut se faire aussi que les infiltrations marginales de la cornée deviennent promptement confluentes et forment un anneau jaune entourant complètement cet organe. Dans ce cas, la cornée est perdue, car cet anneau envahit rapidement toute la cornée et la détruit. D'autres fois, c'est le centre de la cornée qui subit d'abord la fonte purulente. Dans une forme particulière et rare de l'affection cornéenne, la marche du processus est telle que, sans s'opacifier d'une manière apparente, la cornée se fond comme un morceau de glace au soleil, jusqu'à s'éliminer entièrement à l'exception d'un mince liséré du bord. — Quand, de l'une ou de l'autre façon, la cornée est détruite en partie ou en totalité, il se forme des cicatrices avec enclavement de l'iris ou il se déclare une panophtalmite. Mais, comme on observe ces conséquences à la suite de toute destruction de la cornée, quelle qu'en soit la cause, nous les examinerons en détail au chapitre des maladies de la cornée.

On peut s'attendre à voir la cornée envahie d'autant plus tôt que la blennorrhée est plus grave et, en particulier, que la participation de la conjonctive bulbaire à l'inflammation est plus active. Dans les cas les plus graves, avec chémosis très tendu, la cornée s'entreprend toujours, et elle est le plus souvent irrémédiablement perdue. Dans les cas de moyenne intensité, où la turgescence chémosique de la conjonctive est moins prononcée et surtout moins dense, on réussit le plus fréquemment à conserver la cornée en partie ou en totalité, parce qu'il n'existe que des ulcères peu étendus, encore qu'ils aillent jusqu'à la perforation. Dans les cas les plus légers, où le processus inflammatoire se borne à la conjonctive palpébrale, la cornée court, en général, peu de danger d'être envahie.

La cornée s'entreprend d'autant plus tôt que l'inflammation prend un caractère plus intense. Dans les cas graves, elle se trouble déjà, dès le deuxième ou troisième jour. Quelquefois la cornée commence à s'ulcérer plus tard, alors que la blennorrhée est déjà entrée en pleine période

régressive. Ces affections tardives de la cornée sont peu dangereuses, car le plus souvent on parvient facilement à les arrêter.

Ce qui vient d'être dit montre que le pronostic de la maladie dépend en définitive de l'état de la cornée. Cet état lui-même est différent, suivant le degré d'intensité de l'inflammation de la conjonctive bulbaire, qui peut servir de base au pronostic.

ÉTILOGIE. — La blennorrhée aiguë se développe exclusivement par infection. Le virus peut être transporté directement des parties génitales dans l'œil. Cela se fait le plus souvent par les blennorrhagiques (homme ou femme) eux-mêmes, qui, après s'être touché les parties génitales, portent aux yeux les doigts contaminés. Mais l'infection peut aussi provenir d'un œil blennorrhéique. Le pus sécrété par l'un des yeux et porté dans l'autre œil l'infectera également. Un individu aux yeux blennorrhéiques peut aussi infecter les personnes qui le soignent ou qui habitent avec lui.

TRAITEMENT. — Par des mesures prophylactiques, on peut prévenir l'infection blennorrhéique aiguë, et il faut d'autant plus soigneusement chercher à le faire qu'une fois l'œil atteint, on se trouve souvent impuissant à éviter une terminaison malheureuse. Il est du devoir du médecin d'appeler l'attention de tout homme atteint de blennorrhagie et de toute femme affectée de fleurs blanches, sur le danger de l'infection et de leur recommander la propreté la plus stricte. Si l'un des yeux est déjà entrepris par la blennorrhée aiguë, il faut prendre garde d'infecter encore l'autre, aussi bien que de transporter la maladie aux personnes de l'entourage.

Le meilleur procédé pour protéger l'œil non encore infecté, c'est de le recouvrir d'un bandeau hermétique de la manière suivante : on commence par fermer la fente palpébrale, au moyen de quelques bandelettes minces de taffetas anglais, placées verticalement. Ensuite, avec de la ouate on bourre le creux de l'œil et l'on recouvre le tout d'un morceau d'emplâtre agglutinatif (emplâtre adhésif, à l'oxyde de zinc ou autre), que l'on fait adhérer avec soin circulairement aux bords de l'orbite. Pour obtenir plus d'adhérence, on peut enduire de collodion les bords de l'emplâtre ainsi que la peau avoisinante. Pour préserver de l'infection les personnes de l'entourage du patient, on doit recommander à celui-ci, aussi bien qu'aux personnes qui le soignent, la plus stricte propreté : lavage des mains après tout contact avec l'œil malade, destruction, de préférence par le feu, de tout ce qui a servi au nettoyage de l'œil (compresses, ouate, etc.).

Le traitement de l'affection elle-même consiste principalement à enlever fréquemment et avec soin la sécrétion abondante qui s'écoule des yeux. Pour cela on se sert d'une solution légère tiède de permanganate de potasse à 1/5000, dont on irrigue à fond le sac conjonctival trois ou quatre fois le